

CERTIDÃO

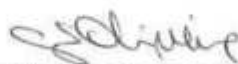
Nº. 1681/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155101 e Prontuário nº 2018.08.002721 pertencentes a **ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL** que foi atendida dia 18/08/2018 às 08h45min, vítima de colisão carro x bicicleta, apresentando trauma em 5º dedo da mão esquerda.

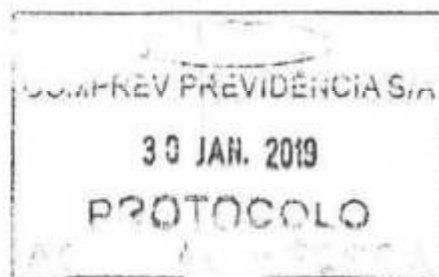
Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de dezembro de 2018



Médica da Vigilância a Saúde
CRM/PB 2959



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DA PARAIBA

SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE POLÍCIA GENTÍLICA

DEPARTAMENTO DE IDENTIFICAÇÃO

1.06

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALOR: 10.000,00 TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 0181713 03 DE 2003

EXPECIAD

NOME: ALVINEIRA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

FILIAÇÃO: Maria Corette Nogueira Rodrigues

Nascimento: 08/04/1985

DATA DE NASCIMENTO

CPF: 078.765.934-70

ASSINATURA DO DIRETOR

LEI Nº 7.116 DE 29/08/63

MINISTÉRIO DA FAZENDA

Secretaria da Receita Federal

CPF

Cadastro de Pessoas Físicas

Número de Inscrição

078.765.934-70

Nome

ALVINEIRA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Nascimento

8/04/1985

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

JOÃO PESSOA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0035710/19

Número do Sinistro: 3190083096

Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

CPF: 078.765.934-70

Seguradora: BANESTES SEGUROS S/A

Data do acidente: 18/08/2018

Titular do CPF: ALVINEIA NOGUEIRA
RODRIGUES SOBRAL

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

Outros

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 21/02/2019
Nome: JOSE EDUARDO DA SILVA
CPF: 455.536.024-91

JOSE EDUARDO DA SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 21/02/2019
Nome: NATALIA SOARES ALVES DA SILVA
CPF: 105.999.304-03

NATALIA SOARES ALVES DA SILVA

Obs: Vítima informa que já apresentou toda a documentação médica que possui.

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083096

Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Rio de Janeiro, 31 de Janeiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083096

Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 06 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190083096

Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Documentação médico-hospitalar não enviado(a). não acusamos o recebimento do documento, necessário apresentar.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 078.765.934-70 Nome completo da vítima: Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral CPF: 078.765.934-70
Profissão: Auxiliar de Cozinha Endereço: Rua Domício Marcelino Número: 36 Complemento: -
Bairro: Meil Santiago Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-970
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

REDA MENSAL:

☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGA

Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1º Nome: _____
CPF: _____

2º Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
30 JAN. 2018
PROTÓCOLO
30 JAN. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

CAIXA ECONOMICA FEDERAL
CAIXA AQUI

COMPROVANTE DE ABERTURA
CONTA POUPANÇA FÁCIL

CONVENIO: 16/01/2019
OPERADOR: 000647217
matheus

CONTA: 3348.013.00010141-1
NOME: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES:
CPF: 07876593470

COD. OPERACAO: 16100052

OPERAÇÃO REALIZADA COM
SUCESSO

SAC CAIXA: 0800 726 0101 (informações,
reclamações, sugestões e elogios)

Para pessoas com deficiência auditiva ou
de fala: 0800 726 2492

Ouvidoria: 0800 725 7474

caixa.gov.br





SECRETARIA DE ESTADO DA
SEGURANÇA E DA DEFESA SOCIAL
Delegacia Geral da Polícia Civil
1ª Superintendência Regional de Polícia Civil
Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor
de Boletim de Ocorrência



**POLÍCIA
CIVIL**
PARAÍBA



**GOVERNO
DA PARAÍBA**

Secretaria de Estado da
Segurança e da Defesa Social

CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 00341.01.2019.1.00.401

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 00341.01.2019.1.00.401, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:01 horas do dia 10 de janeiro de 2019, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Central de Polícia Civil de João Pessoa - Setor de Boletim de Ocorrência, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Roberta Gouvea Neiva Almeida, matrícula 1560913, e lavrado por José Saulo Araujo Negreiros, Agente de Investigação, matrícula 1372611, ao final assinado, compareceu **Alvineia Nogueira Rodrigues Sobral**, CPF nº 078.765.934-70, nacionalidade brasileira, estado civil casado(a), identidade de gênero feminino, profissão Auxiliar de Cozinha, filho(a) de Maria Gorette Nogueira Rodrigues e Antonio Rodrigues, natural de Bayeux/PB, nascido(a) em 08/04/1985 (33 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Damiao Marcelino, Nº 36, bairro Heitel Santiago, tendo como ponto de referência Nalva Bar, na cidade de Santa Rita/PB, telefone (s) para contato (83) 98714-0326.

Dados do(s) Fatos:

Local: Av Conde, nº 122, Igreja Testemunha de Joevá, Santa Rita/PB, bairro Tibiri Iii; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 18/08/18 07:00h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

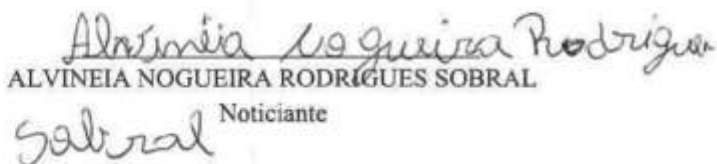
E NOTIFICOU O SEGUINTE:

QUE segundo a notificante estava pedalando sua bicicleta, quando foi atropelada por um veículo, não sabendo especificar marca e modelo QUE sabe dizer que a pessoa que causou o acidente depois que atropelou a notificante socorreu a mesma para uma UPA de Tibiri III; Que devido ao fato veio a lesionar-se conforme CERTIDÃO Nº 1681/2018, EXPEDIDO PELA DRª SÔNIA MARIA MACIEL PONTES DE OLIVEIRA, CRM/PB 2959, DATADO DE 17/12/2018, do Complexo Hospitalar de Mangabeira, para onde foi socorrido(a) por ambulância; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fê.


JOSE SAULO ARAUJO NEGREIROS
Agente de Investigação

João Pessoa/PB, 10 de janeiro de 2019.


ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL
Noticiante



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190083096 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190083096 **Cidade:** Santa Rita **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL **Data do acidente:** 18/08/2018 **Seguradora:** BANESTES SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 27/02/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (REDUÇÃO INCRUENTA DE FALANGE PROXIMAL DE 5º DEDO DA MÃO ESQUERDA) E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Sem sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: EM TODOS OS DOCUMENTOS MÉDICOS ACOSTADOS NÃO SE EVIDENCIA PRESENÇA DE SEQUELAS PERMANENTES QUE NÃO SEJAM SUSCETÍVEIS DE AMENIZAÇÃO PROPORCIONADA POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

Nº do sinistro ou ASL: _____ CPF da vítima: 078.765.934-70 Nome completo da vítima: Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo: Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral CPF: 078.765.934-70
Profissão: Auxiliar de Cozinha Endereço: Rua Domício Marcelino Número: 36 Complemento: -
Bairro: Meil Santiago Cidade: Santa Rita Estado: PB CEP: 58300-970
E-mail: _____ Tel.(DDD): _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

RENDA MENSAL:
☒ RECURSO INFORMAR ☐ ATÉ R\$1.000,00 ☐ R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 ☐ R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 ☐ ACIMA DE R\$10.000,00

DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção):

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: 3348 CONTA: 10121

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

- ☐ Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
☐ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
☒ O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo Data do óbito da vítima: _____

Grau de Parentesco com a vítima: Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

Local e Data: _____
Nome: _____
CPF: _____

(*) Assinatura de quem assina A RÔGUA

Alzineia Nequeira Rodrigues Sobral
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

TESTEMUNHAS

1ª Nome: _____
CPF: _____

2ª Nome: _____
CPF: _____

Assinatura
30 JAN. 2018
PROTÓCOLO
30 JAN. 2018

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU RÔGUA, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura.

NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

PREFEITURA MUNICIPAL DE JOAO PESSOA
COMPLETO HOSPITALAR MANGABEIRA GOV. TARCISIO BURIT
RUA: AGENTE FISCAL JOSE COSTA DUARTE S/N
58056-384 JOAO PESSOA Fone: (83) 3214-1980
FAX: () - CNPJ:

Ficha Nr: 155101 Atd: Nao Regul
Data: 18/08/2018
Hora: 08:45:25
Recepcionista: CLEBIA FERREIRA RODR
Clinica: ORTOPEdia

DADOS DO PACIENTE

Nome: ALVINEA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Num. de vezes atendido: 1

Num. Prontuario: 2018.08.002721

CNS: SEM CNS Sexo: F SEM DOCUMENTO: SD Fone: 988318360

Natural: JOAO PESSOA/PB Data Nasc.: 08/04/1985 Id: 33 ano(s)

End.: RUA DAMIAO MARCELINO, 36

Bairro: POPULAR Cidade: SANTA RITA UF: PB

Mae: MARIA GORETE NOGUEIRA RODRIGUES

Pai: ANTONIO RODRIGUES

Raca: SEM INFORMACAO Etnia: SEM INFORMACAO

Ocupação: AUXILIAR DE COZINHA

Estado Civil: NAO INFORMADO

INFORMACOES DE ENTRADA

Escolaridade:

Resp.: A MESMA

Tel/Doc. Responsavel: / SEM DOCUMENTO: SD

Procedencia: UNIDADE DE SAUDE UPA DE TIBIRI

Transporte utilizado: AMBULANCIA

Vitima de acidente por: CARRO PEGOU A BICICLETA EM TIBIRI AS 7:30HS

Vitima de violência por: ELA CONDUZIA A BICICLETA

[] Caso Policial

PRE-CONSULTA

CONDICOES DO PACIENTE AO SER ATENDIDO

Tipo de Classificação de Risco: VERDE

PA: FR:

[] Aparentemente Bem [] Grave

FC: TP:

[] Politraumatizado [] Convulsao

Peso: Altura:

[] Hemorragia [] Dispneia

Glicemia: IMC:

[] Diarreia [] Agitado

Circ. Abd: O2%:

[] Regular [] Chocado

[] Vomito

Observacao

Q.ixa Principal

Ex base A de 5:30m

Duas vias e restitua

Historia - Exame Fisico - (hora do atendimento medico)

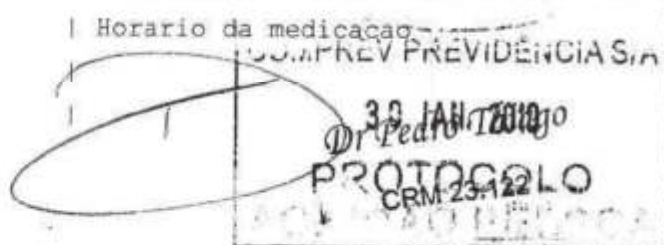
Diagnostico

Conduta

Sub. + rec. + Anticoag.

Prescricao

Horario da medicacao



Data e Hora | PRESCRICAO (assinatura e carimbo)

ANOTACOES DA ENFERMAGEM

Qtde	Medicamentos	Dose	Horario	Evolucao
2				
1				

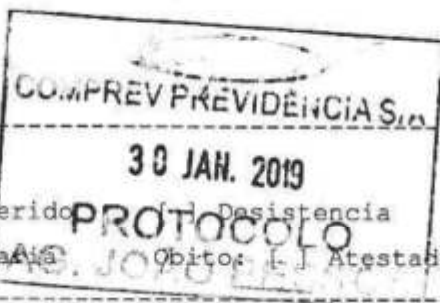
Reservado p/ liberacao

Assinatura da Enfermagem

PROCEDIMENTO REALIZADO

DESTINO DO PACIENTE

[] Residencia [] Transferido [] Desistencia [] UTI
[] Alta a pedido [] Enfermaria Obito: [] Atestado [] SVO [] IML



Alvencio Nogueira

Assinatura do Paciente/Responsavel

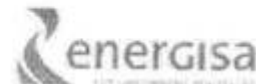
Assinatura e Carimbo do Medico

DOCUMENTO PARA PAGAMENTO

Documento sem valor fiscal.

Documento não é segunda via do comprovante.

Recibo para depósito pagamento da nota fiscalizada de energia elétrica. Nº 010.205.368



ENERGISA PARANÁ - DISTRIBUIDORA DE ENERGIA S/A
Br 230, Km 35 - Cristo Redentor - João Pessoa / PB - CEP 58071-680
CNPJ 03.095.183/0001-40 - Ins. Est. 16.015.825-0

DADOS DO CLIENTE
ALCINEA NOGUEIRA RODRIGUES
RUA DAMASO MARCELINO 36
SANTA RITA

CDC - CÓDIGO DO CONSUMIDOR

5/1119655-7

REFERÊNCIA	APRESENTAÇÃO	CONSUMO	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
JUL/2018	27/07/2018	136	03/08/2018	R\$ 90,10

Acesse: www.energisa.com.br



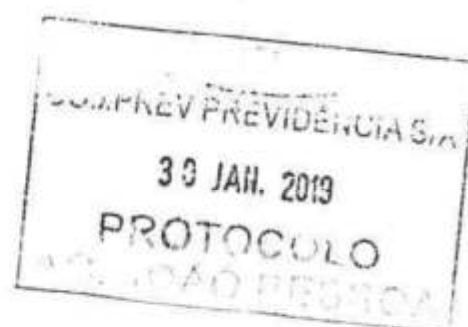
DESTAQUE AQUI

ALCINEA NOGUEIRA RODRIGUES

Roteiro: 16-009-345-2110

83620000000-5 90100054000-4 11196552018-7 07200009019-0

VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR	MATRÍCULA
03/08/2018	R\$ 90,10	1119655-2918-07-2





2004年12月1日，2004年12月1日，2004年12月1日

この結果から、このモデルは、このデータに適合する。また、このモデルは、このデータに適合する。

ISSN 0013-788X CODEN JGCE

资料来源：根据《中国统计年鉴》、《中国农村统计年鉴》和作者调查数据整理。

[illegible]

2012.09.24. 4월 25일 목요일

Copyright © 2006 John Wiley & Sons, Inc.

Doc. type: 015, Automatics: 00016003587

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesse: www.energisa.com.br

Conta referente a	Apresentação	Data prevista da próxima leitura	CPF/ CNPJ/ RANI
Nov / 2018	21/11/2018	19/12/2018	010 942 224-45

UC (Unidade Consumidora): 5/1698358-7

Canal de contato

Anterior		Atual		Constante	Consumo	Dias
Data	Leitura	Data	Leitura			
27/07/15	2074	27/07/15	2074		0,00	24
Demonstrativo						
(0) Descrição	Data: 07/08/15		Tarifa: 1000	Rateio: 1000	Valor: 1000	Valor: 1000
	Data: 07/08/15		Tarifa: 1000	Rateio: 1000	Valor: 1000	Valor: 1000
0001 Consumo energia	200.000	200.000	100.00	100.00	100.00	100.00
0002 Adc B. Vazante	4.73	4.73	0.00	0.00	4.73	0.00
0003 Adc B. Antena	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
LANÇAMENTOS DE DÉBITOS						
0007 CONTRB SERV. L.V. P. S. C.	11.24	11.24	0.00	0.00	11.24	0.00

Media charges (pence/kWh)

VENCIMENTO

TOTAL A PAGAR

28/11/2018

RS 198.62

28/11/2018
Historico de Consumo (kWh)

	1	23	44	70	94	101	221	323	497	701	942	1218
Row17	Col17	Jan17	Apr17	Mar18	Apr18	May18	Jun18	Jul18	Apr19	Sept	Oct19	
MS55000 AG10000												

0826.1019.0d41.dba6.93f8.d1ab.4061.cb22

[illegible]

Indicadores de Qualidade

[illegible]

ATENÇÃO

FAZENDAS: fazendas em atraso

—Getting out the message

References

買入價: 1.00

Figure 12-5-222-450

● 2013 年 12 月 1 日起，在全国范围内实施营业税改征增值税试点。

83640000001-1 98620149300-0 16983582018-7 114000005018-4

VENCIMENTO

28/11/2018

TOTAL A PAGAR

~~RS 198.62~~



BOJARKEV PRÉVIDÊNCIA S.A.

30 JAN. 2019

PROTOCOLLO

DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 1206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelecido na Circular SUSEP nº 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.susep.gov.br/biblioteca/web/docoriginal.aspx?tipo=1&codigo=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados – SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, regular e administrar as atividades financeiras, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Jose Eduardo da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 455.536.024 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Abreima Nequeira Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.765.934 / 70, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez Abreima Nequeira Rodrigues inscrito (a) no CPF sob o Nº 078.765.934 / 70, conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão: _____ Renda: _____ e apresento os documentos comprobatórios:

☒ Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço informado, anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço <u>Rua Agente Fiscal Jose Costa Duarte</u>		Número <u>157</u>	Complemento -
Bairro <u>Mangabeira</u>	Cidade <u>João Pessoa</u>	Estado <u>PB</u>	CEP <u>58056-384</u>
Email		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)

João Pessoa 30 de Januário de 2019
Local e Data

Assinatura do Declarante

30 JAN. 2019

PROTOCOLO

Rio de Janeiro, 27 de Fevereiro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190083096

Vítima: ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Data do Acidente: 18/08/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: JOSE EDUARDO DA SILVA

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Foi verificado que o dano pessoal evoluiu sem sequelas definitivas, razão pela qual não foi caracterizada a invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores orientações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

CERTIDÃO

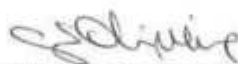
Nº. 1681/2018

Atendendo solicitação de MARIA CINTHIA GRILO DA SILVA de acordo com buscas procedidas no Serviço de Arquivo Médico e Estatística – SAME do Complexo Hospitalar Mangabeira Governador Tarcísio Burity, certifico a constatação de Ficha de Atendimento Ambulatorial nº 155101 e Prontuário nº 2018.08.002721 pertencentes a **ALVINEIA NOGUEIRA RODRIGUES SOBRAL** que foi atendida dia 18/08/2018 às 08h45min, vítima de colisão carro x bicicleta, apresentando trauma em 5º dedo da mão esquerda.

Submetida a avaliação médica e exame de imagem que evidenciou fratura de 5º dedo da mão esquerda. Realizado procedimento cirúrgico dia 22/08/2018 com alta médica dia 22/08/2018.

E para constar eu, Sônia Maria Maciel Pontes de Oliveira, Médica da Vigilância à saúde, dato e assino a presente certidão.

João Pessoa, 17 de dezembro de 2018



Médica da Vigilância a Saúde
CRM/PB 2959

